

# UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

## ESCUELA DE POSGRADO

### Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con encefalopatía hipóxica isquémica cerebral del servicio de neurología de un hospital del Callao, 2019

**Por:**

Nancy Castillo Marcelo

**Asesor:**

Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Lima, 5 de febrero del 2020

DECLARACIÓN JURADA  
DE AUTORÍA DEL TRABAJO ACADÉMICO

Yo, ORFELINA ARPASI QUISPE, adscrita a la Facultad de Ciencias de la Salud, y docente en la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud de la Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que el presente trabajo académico: *“Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con encefalopatía hipóxica isquémica cerebral del servicio de neurología de un hospital del Callao, 2019”*, constituye la memoria que presenta la licenciada NANCY CASTILLO MARCELO, para aspirar al título de segunda especialidad profesional de enfermería en Neurología y Neurocirugía ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones de este trabajo académico son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en Lima, a los cinco días del mes de febrero de 2020.



---

Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con encefalopatía hipóxica isquémica  
cerebral del servicio de neurología de un hospital del Callao, 2019

# TRABAJO ACADÉMICO

Presentado para optar el título profesional de segunda especialidad profesional de enfermería  
en Neurología y Neurocirugía

## JURADO CALIFICADOR



Dra. María Teresa Cabanillas Chavez

Presidente



Mg. Nira Herminia Cutipa Gonzales

Secretario



Dra. Orfelina Arpasi Quispe

Asesor

Lima, 05 de febrero de 2020

## Índice

Índice.....	iv
Índice de tablas .....	vi
Índice de anexos.....	vii
Símbolos usados.....	viii
Resumen.....	ix
Capítulo I: Valoración.....	10
Datos generales .....	10
Valoración según patrones funcionales:.....	10
Datos de valoración complementarios: .....	13
Exámenes auxiliares. ....	13
Interconsultas .....	15
Tratamiento médico.....	15
Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución.....	20
Diagnóstico enfermero .....	20
Primer diagnóstico.....	20
Segundo diagnóstico. ....	20
Tercer diagnóstico. ....	20
Cuarto diagnóstico.....	21
Quinto diagnóstico. ....	21
Sexto diagnóstico. ....	21
Séptimo diagnóstico. ....	22
Octavo diagnóstico.....	22

Noveno diagnóstico.....	22
Décimo diagnóstico.....	22
Planificación.....	23
Priorización. ....	23
Plan de cuidados.....	25
Capítulo III: Marco teórico .....	30
Limpieza ineficaz de vías aéreas.....	30
Perfusión tisular cerebral.....	33
Riesgo de deterioro de la integridad cutánea. ....	36
Estreñimiento. ....	39
Dolor crónico .....	42
Capítulo IV: Evaluación y conclusiones.....	45
Evaluación por días de atención:.....	45
Primer diagnóstico.....	45
Segundo diagnóstico. ....	45
Tercer diagnóstico. ....	45
Cuarto diagnóstico.....	45
Quinto diagnóstico. ....	46
Conclusión.....	46
Bibliografía .....	47
Apéndices.....	54

## Índice de tablas

Tabla 1 Hemograma completo.....	13
Tabla 2 Bioquímica.....	13
Tabla 3 AGA.....	14
Tabla 4 Examen depuración de creatinina en orina de 24 horas.....	14
Tabla 5 Examen de secreción bronquial .....	14
Tabla 6 Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada a secreciones traqueo bronquiales, evidenciado por FR. 26 por minuto, presencia de secreciones en cavidad oral y en estoma traqueal. ....	25
Tabla 7 Diagnóstico de enfermería: Perfusión cerebral tisular ineficaz relacionado a lesión cerebral. Evidenciado por mioclonías episodios de mirada perdidas. Con saturación del 94 % y PO2 de 75 mmhg. ....	26
Tabla 8 Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilización física evidenciado por reposo crónico en cama. ....	27
Tabla 9 Diagnóstico de enfermería Estreñimiento relacionado a inmovilización y a disminución de la motilidad gástrica evidenciado por la disminución de la motilidad gástrica y deterioro cognitivo. ....	28
Tabla 10 Diagnóstico de enfermería: Dolor crónico relacionado a afección isquémica musculoesquelética crónica, evidenciado por contractura muscular facial.....	29

## **Índice de anexos**

Apéndice A: Guía de valoración.....	55
Apéndice B: Consentimiento informado .....	57
Apéndice C: Escalas de evaluación .....	58

## **Símbolos usados**

OMS: Organización Mundial de la Salud

ACP: Ambos Campos Pulmonares

TQT: Traqueotomía

AGA: Gases arteriales

BHE: Balance Hídrico Estricto

CO<sub>2</sub>: Dióxido de Carbono

EV: Endovenosa

MG/DL: miligramos por decilitros

PAE: Proceso de Atención de Enfermería

PO<sub>2</sub>: Presión Parcial de Oxígeno

SNC: Sistema Nervioso Central

TAC: Tomografía axial computarizada

RHA: Ruidos hidroaéreos

FR: Frecuencia Respiratoria

FC: Frecuencia Cardíaca

P.A: Presión arterial

ACV: Accidente cerebro vascular

PAE: Proceso de atención de enfermería



## **Resumen**

El presente trabajo académico consiste en la aplicación del proceso de atención de enfermería al paciente J.P.V. del Servicio de Neurología de un hospital de nivel III. El diagnóstico médico de ingreso fue de Encefalopatía hipóxica isquémica cerebral portador de sonda nasoyeyunal con estoma post traqueotomía, postrado dependiente. El proceso de atención de enfermería se realizó con sus cinco etapas en el transcurso de 3 días; siendo el diseño de investigación el estudio de caso. En esta primera etapa se utilizó el instrumento la guía de valoración de patrones funcionales de Marjori Gordon.

Después de identificar los problemas y necesidades, se enuncian 10 diagnósticos de enfermería (NANDA), priorizando solo cinco diagnósticos; seguidamente se realizó la planificación a través de los planes de cuidado considerando los siguientes objetivos generales: Mantener la limpieza eficaz del paciente, de manera progresiva, durante el turno; mantener la perfusión tisular efectiva durante el turno; detectar el riesgo de deterioro de la integridad cutánea; presentar eliminación intestinal y manifestar una disminución o alivio del dolor y/ o de los espasmos musculares.

El presente trabajo de investigación se ejecutó durante los días de intervención. En la etapa de evaluación los objetivos se alcanzaron progresivamente el primero, el segundo, mientras, que el tercero, el cuarto y quinto diagnóstico se pudo alcanzar en el último día de atención. Se concluye que el proceso de atención de enfermería es la práctica asistencial que nos permite brindar cuidados de una manera estructurada para beneficio del paciente.

Palabras claves: Proceso de atención de enfermería, encefalopatía hipóxica cerebral, cuidados de enfermería neurológicos.

## **Capítulo I: Valoración**

### **Datos generales**

Nombre: J. P.V.

Edad: 54 años

Motivo de ingreso y diagnóstico médico: El paciente ingresó al servicio de Neurología procedente del servicio de UCI quirúrgica hace 170 días, post operado de apendicetomía, con complicaciones neurológicas por efecto de anestésico y en estado vegetal. Actualmente se encuentra postrado en cama, en posición semifowler con oxígeno ambiental con sonda nasoyeyunal por donde recibe nutrición enteral de Ensure a 78cc /h por bomba en 20 horas; presenta secreciones blanquecinas en mucosa oral y a nivel de estoma traqueal post traqueotomía; así mismo, el paciente padece de contractura y decorticación de los MMSS que cada vez se ha ido incrementando con el paso de los años. El diagnóstico médico fue encefalopatía hipóxica isquémica cerebral.

Días de hospitalización: 170 días

Días de atención de enfermería: fueron 3 días, paciente sigue hospitalizado en el servicio de Neurología.

### **Valoración según patrones funcionales:**

Patrón I: Percepción – control de la salud.

Paciente adulto sin antecedentes de hospitalización, ingresó al centro hospitalario por dolor abdominal, al ser evaluado diagnosticó apendicitis, en seguida es llevado a sala de operaciones donde presenta reacción al anestésico presentando paro cardiorrespiratorio.

Patrón II: Nutricional metabólico.

El paciente adulto recibe soporte nutricional por medio de una sonda nasoyeyunal, por donde se le administra Ensure (suplemento alimentario) 6 medidas en 200 cc de agua a 78ml /h pasado en 20 horas por día. Se observa la presencia de reflujo gástrico y retardo en el vaciamiento gástrico de 20cc de leche; asimismo presenta dentadura incompleta, regular higiene bucal, mucosas orales intactas, asimismo, no se evidencia cambio de peso, con abdomen blando depresible no doloroso a la palpación, con perímetro abdominal de 92cm con ruidos hidroaéreos presentes, piel fría hidratada y palidez generalizada; también se observa contractura muscular en ambos miembros superiores; no presenta edemas: su grupo sanguíneo es O +, con temperatura axilar de 36.3 ° C; peso aproximado de 85 kilos, talla 1.76 cm, hemoglobina de 15.2 gr/dl y leucocitos 5,880mm<sup>3</sup>.

#### Patrón III: Eliminación.

Eliminación urinaria, el paciente se mantiene con pañal descartable: orina clara.

Eliminación intestinal, su flujo ha disminuido, hace dos días no realiza deposición

#### Patrón IV: Actividad – ejercicio.

Paciente de 54 años, con frecuencia respiratoria de 26 por minuto profundas con saturación respiratoria de 94 %; con oxígeno ambiental fiO<sub>2</sub> 21%, la relación entre la duración de la inspiración y la espiración es de 1:2; presenta roncales en base derecha, presencia de secreciones bronquiales blanquecinas por la boca y por estoma traqueal en regular cantidad, no drenaje torácico. Recibe inhalaciones bromuro de ipratropio 4 puff cada 6 horas con aerocámara; el pulso periférico en buena intensidad con una frecuencia cardíaca de 78 por minuto rítmico; presión arterial: 120 /80 mm Hg con llenado capilar de 2 segundos. Se observa miembros inferiores con desgaste del tejido muscular duros, rígidos con grado de dependencia IV.

#### Patrón V: Descanso – sueño.

El paciente adulto se encuentra despierto con la mirada perdida, duerme más o menos 16 horas; generalmente después del baño y de su terapia física. Recibe el medicamento clonazepam 0.5mg 1 tableta 3 v/d.

Patrón VI: Perceptivo - cognitivo.

Paciente adulto hipoactivo[CME1] en estado de coma.

Según la escala de Glasgow presenta el puntaje de 6 puntos:

A. Ocular (4) R. verbal: (1); R. motora: (1) presenta pupilas de 2mm en ojo derecho y 2mm en el ojo izquierdo, pupilas isocóricas foto reactivas.

Paciente presenta fascie de dolor, incomodidad por contracción de músculos faciales.

Patrón VII: Autopercepción – Autoconcepto

Debido al estado de coma no es evaluable.

Patrón VIII: Relaciones – rol.

Paciente adulto divorciado, a raíz de su enfermedad la esposa lo abandono, siendo la madre, la tutora que en forma continua lo visita, posteriormente recibe la visita del resto de su familia.

Patrón IX: Sexualidad/reproducción.

Paciente de sexo masculino, presenta genitales normales, sin lesiones dérmicas.

Patrón X: Adaptación – tolerancia a la situación y al estrés

Paciente sin contacto con el mundo en el exterior

Patrón XI: Valores y creencias.

Es católico y recibe visita pastoral frecuente.

**Datos de valoración complementarios:****Exámenes auxiliares.**

Tabla 1

*Hemograma completo*

Compuesto	Valor
Leucocitos	5.88x10 <sup>3</sup> /Ul
Hemoglobina	15.2g/dl
Hematocrito	45%
formula diferencial	
Abastados	0%
Segmentados	82 %
Neutrófilos	82 %
Eosinófilos	0%
Basófilos	0%
Linfocitos	12%
Monocitos	12 %
VCM	94.9
HCM	31.80
CMHC	3.30

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: dentro de límites normales

Tabla 2

*Bioquímica*

Compuesto	Valor
Alanino aminotransferasa	35 U/l
Aspartato aminotransferasa	16 U/l
Calcio	8.7 mg
Creatina suero	0.3 mg dl
Deshidrogenasa láctica	170 u/l
Fósforo	3.4 mg/dl
GGTP	14 u / l
Glucosa	92 mg dl
Magnesio	2.2 mg /dl
Potasio	4.7 m Eq/L
Proteínas	6.7 g / dl
Albumina	3.2 g/ dl
Globulina	3.4 g / dl
Sodio	133 m Eq /L
Urea	28.4 mg /dl

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: el paciente presenta leve hiponatremia.

Tabla 3

AGA

Compuesto	Valores Obtenidos
PH	7.40
Pco2	40 mm/hg
pO2	75 mm Hg
HCO3	23mm/hg
Sat. O2	94%

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: normal

Tabla 4

*Examen depuración de creatinina en orina de 24 horas*

Compuesto	Valor
Creatina suero	0.8 mg/dl
Creatina orina 24 horas	06.8 mg / dl
Volumen orina 24	1930 ml
Talla	1.80 m
Volumen /minuto	1.34 ml / min
Depuración de creatinina	178.9 ml / min
Depuración corregida	151.1 ml / min
Orina volumen 24 horas	1930 ml
Proteínas en orina 24 horas	0.27q/24 horas

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: normal

Tabla 5

*Examen de secreción bronquial*

Compuesto	Valores Obtenidos
Microbiología.	
Coloración Gram:	
Muestra:	secreción bronquial
Levaduras:	Negativo
Gérmenes:	bacilos gramnegativos
Cultivo :	Negativo

Fuente: laboratorio clínico

Interpretación: normal

**Interconsultas**

Neurología: 14/08/19

Paciente con antecedentes de encefalopatía hipóxica isquémica presentó episodio de sacudidas musculares del cuerpo, al momento en posición de cubito lateral izquierdo, un cuadro de hemiparesia espática deformante y no respuesta. Diagnóstico: secuela de encefalotopía hipóxica isquémica.

Estado vegetativo persistente.

Cirugía cabeza y cuello 15/08/19

Evaluado cada tres meses por el especialista para evidenciar funcionamiento de estoma post traqueal; en el momento de la evaluación el paciente cursa con secreciones blanquecinas fluidas.

Neumología: 18/08/19

Evaluado para su control pulmonar indicando que se continué con las indicaciones terapéuticas como el uso de fluidificantes y continuar con las nebulizaciones y si fuera necesario aspirar secreciones.

Odontología: 13/08/19

Le realizaron limpieza bucal sin complicaciones.

Medicina Física y Rehabilitación: 15/08/19

En la evolución del médico tratante indica que paciente debe continuar con su terapia en forma diaria.

**Tratamiento médico.**

**Primer y segundo día (20 y 21/09/19)**

ENSURE (suplemento calórico-proteico), 06 medidas con el medidor chico de la lata de (55.8 g.) en 200 ml. de agua (dicha medida proporciona una solución de 250 ml. de 250 kcal.): administrar 78 ml. de solución por hora, por 18 horas continuas, por sny (volumen total de solución a infundir:  $1400 \text{ ml.} / 18 \text{ horas} = 1400 \text{ kcal.} / \text{día}$ ), con reposo gástrico en las siguientes 04 horas)

Agua libre volumen total 1500 cc. por SNG en 24 horas.

NBZ 5 cc. de SF + 12 gotas Salbutamol c/4 hrs. más fisioterapia respiratoria.

Bromuro de ipratropio 20 mcg: 4 puff con aerocámara por estoma traqueal, cada 4 horas.

Fisioterapia respiratoria post-nebulizaciones.

Aspiración de secreciones a demanda

N-acetilcisteína 200 mg.: 01 tableta efervescente diluida en 01 vaso de agua, cada 8 horas.

Carbamazepina 200 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal, cada 08 horas.

Simeticona 80 mg: 02 tabletas por sonda nasoyeyunal, cada 08 horas.

Clonazepam 0.5 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal, por la mañana, tarde y noche.

Gabapentina 300 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal, cada 08 horas.

Irbesartan 150 mg 01 tableta cada 12 horas por SNG

Amlodipino 5 mg cada 24 horas por SNY

Captopril 25 mg 01 tableta si la P.A > 160/90 mm Hg.

Sales de rehidratación oral diluir un sobre en un litro de agua si sodio en sangre disminuye a menor de 132mmEq.

Oxígeno suplementario por cánula binasal a 5 litros/minuto condicional  $\text{SatO}_2 < 92\%$ .

Continúa sesiones de Medicina Física y Rehabilitación diariamente.



Cambio de posición cada 2 horas

Diazepam 10 mg: 01 ampolla vía endovenosa condicional a convulsiones.

Omeprazol 20 mg: 01 *cápsula* por sonda nasoyeyunal, cada 24 horas.

Módulo de fibra (Hy Fiber) 30 ml. cada 12 horas, antes y después pasar 30 ml. de agua.

Higiene facial con agua destilada, cada 12 horas.

Paracetamol 500 mg.: 02 tabletas juntas (01 g.) por sonda nasoyeyunal, condicional  $T^{\circ} \geq 38^{\circ}\text{C}$ .

Metamizol 01g.: 01 amp. Administrar vía IM condicional  $T^{\circ} \geq 38.5^{\circ}\text{C}$ .

Mantener cabecera  $45^{\circ}$

Movilizar al paciente con cuidado para no producir laceraciones en la piel.

CFV + BHE

### **Tercer día (22 / 09/19)**

ENSURE (suplemento calórico-proteico): 06 medidas con el medidor chico de la lata de (55.8 g.) en 200 ml. de agua (dicha medida proporciona una solución de 250 ml. de 250 kcal.): administrar 78 ml. de solución por hora, por 18 horas continuas, por sny (volumen total de solución a infundir:  $1400 \text{ ml.} / 18 \text{ horas} = 1400 \text{ kcal.} / \text{día}$ ), con reposo gástrico en las siguientes 04 horas)

Agua libre volumen total 1500 CC. Por SNG en 24 horas.

NBZ 5 cc. de SF + 12 gotas Salbutamol c/4 hrs. más fisioterapia respiratoria.

Bromuro de Ipratropio 20 mcg: 4 puff con aerocámara, por estoma traqueal, cada 4 horas.

Fisioterapia Respiratoria post-nebulizaciones.

Aspiración de secreciones a demanda

N-Acetilcisteína 200 mg.: 01 tableta efervescente diluida en 01 vaso de agua, cada 8 horas.

Carbamazepina 200 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal cada 08 horas.

Simeticona 80 mg: 02 tabletas por sonda nasoyeyunal cada 08 horas.

Clonazepam 0.5 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal por la mañana, tarde y noche.

Gabapentina 300 mg: 01 tableta por sonda nasoyeyunal cada 08 horas.

Irbesartan 150 mg 01 tableta cada 12 horas por SNG.

Amlodipino 5 mg cada 24 horas por SNG.

Captopril 25 mg 01 tableta si la P.A> 160/90 mm Hg.

Sales de rehidratación oral diluir un sobre en un litro de agua sin sodio en la sangre disminuye a menor de 132mEq.

Oxígeno suplementario por cánula binasal a 5 litros/minuto condicional  $\text{SatO}_2 < 92\%$ .

Continúa sesiones de medicina física y rehabilitación diariamente.

Cambio de posición cada 2 horas

Diazepam 10 mg: 01 ampolla vía endovenosa condicional a convulsiones.

Omeprazol 20 mg: 01 *cápsula* por sonda nasoyeyunal, cada 24 horas.

Módulo de fibra (Hy Fiber) 30 ml. cada 12 horas, antes y después pasar 30 ml. de agua.

Higiene facial con agua destilada, cada 12 horas.

Paracetamol 500 mg.: 02 tabletas juntas (01 g.) por sonda nasoyeyunal, condicional  $T^\circ \geq 38^\circ\text{C}$ .

Metamizol 01g.: 01 amp. Administrar vía IM condicional  $T^\circ \geq 38.5^\circ\text{C}$ .

Mantener cabecera  $45^\circ$

Movilizar al paciente con cuidado para no producir laceraciones en la piel.

Enema evacuante cloruro de sodio 500ml stat

CFV + BHE

## **Capítulo II: Diagnóstico, Planificación y Ejecución**

### **Diagnóstico enfermero**

#### **Primer diagnóstico.**

Características definitorias: Frecuencia respiratoria elevada presencia de secreciones, ruidos respiratorios anormales.

Etiqueta diagnóstica: Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Factor relacionado: Acúmulo de secreciones.

Enunciado diagnóstico: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada a acúmulo de secreciones traqueo bronquiales, evidenciado por alteración del patrón respiratorio FR. 26 por minuto, con reflejo tusígeno y roncantes.

#### **Segundo diagnóstico.**

Características definitorias: Mioclonias, episodios de miradas perdidas y contracción muscular con saturación del 94% y PO2 del 75 mm Hg.

Etiqueta diagnóstica: Perfusión tisular cerebral ineficaz.

Factor relacionado: Lesión cerebral.

Enunciado diagnóstico: Perfusión tisular cerebral ineficaz relacionados a lesión cerebral, evidenciada por Mioclonías, episodios de miradas perdidas y contracción de músculos faciales. Con saturación del 94% y PO2 del 75 mm Hg

#### **Tercer diagnóstico.**

Características definitorias: No corresponde.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Factor de riesgo: Inmovilidad física, reposo crónico, presión sobre prominencias óseas.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilización física, reposo crónico en cama.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Características definitorias: Disminución de la frecuencia de las deposiciones, distensión abdominal.

Etiqueta diagnóstica: Estreñimiento.

Factor relacionado: Disminución de la motilidad gastrointestinal, debilidad de los músculos abdominales y deterioro neurológico.

Enunciado diagnóstico: Estreñimiento relacionado a inmovilización y a disminución de la motilidad gástrica evidenciado por la disminución de la motilidad gástrica y al deterioro neurológico.

#### **Quinto diagnóstico.**

Características definitorias: Expresión facial de dolor mirada abatida movimientos fijos o escasos.

Etiqueta diagnóstica: Dolor crónico

Factor relacionado: Afección isquémica, afección músculo esquelético

Enunciado diagnóstico: Dolor crónico relacionado a afección isquémica músculo esquelética crónica, evidenciado por facies de dolor.

#### **Sexto diagnóstico.**

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de aspiración.

Factores relacionados: Incremento de secreciones bronquiales, alimentación por sonda, salivación, presencia de estoma y depresión del sistema nervioso.

Enunciado de enfermería: Riesgo de aspiración relacionado a aumento de secreciones, evidenciado por frecuencia respiratoria de 26 por minuto salivación con presencia de roncales.

**Séptimo diagnóstico.**

Características definitorias: No precisa

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de lesión térmica.

Factor relacionado: Deterioro neuromuscular, alteración de la función cognitiva.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de lesión térmica relacionado al deterioro neuromuscular y alteración de la función cognitiva.

**Octavo diagnóstico**

Características definitorias: No aplica.

Etiqueta diagnóstica: Riesgo de traumatismo.

Factor relacionado: Alteración de la función cognitiva.

Enunciado diagnóstico: Riesgo de traumatismo, relacionado a contractura muscular evidenciado por contractura muscular a predominio de miembros superiores.

**Noveno diagnóstico**

Características definitorias: Deterioro de la habilidad para cambiar de posición por sí mismo.

Etiqueta diagnóstica: Deterioro de la movilidad en cama.

Factor relacionado: Alteración de la función cognitiva y deterioro músculo esquelético.

Enunciado diagnóstico: Deterioro de la movilidad física relacionado a alteración cognitiva evidenciado por disminución de la amplitud de movimiento.

**Décimo diagnóstico**

Características definitorias: Disminución del sodio en la sangre 133mmEq

Etiqueta diagnóstica: Desequilibrio electrolítico.

Factor relacionado: Mecanismo de regulación comprometidos y a volumen de electrolitos sodio insuficientes.

Enunciado diagnóstico: Desequilibrio electrolítico relacionado a mecanismos de regulación comprometidos y a volumen de líquidos sodio insuficiente evidenciado por resultado de sodio de 133 mmEq.

## **Planificación**

### **Priorización.**

1. Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada a secreciones traqueo bronquiales, evidenciado por FR. 26 por minuto, presencia de secreciones en cavidad oral y en estoma traqueal.
2. Perfusión tisular cerebral ineficaz relacionada a lesión cerebral.
3. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilización física, evidenciado a reposo crónico en cama.
4. Estreñimiento relacionado a inmovilización, evidenciado por la disminución de la motilidad gástrica y deterioro neurológico.
5. Dolor crónico relacionado a afección isquémica músculo esquelética crónica, evidenciado por contractura muscular facial.
6. Riesgo de aspiración relacionado a aumento de secreciones, alimentación por sonda salivación, presencia de estoma y depresión del sistema nervioso.
7. Riesgo de desequilibrio electrolítico relacionado a mecanismos de regulación comprometidos (hiponatremia).

8. Deterioro de la movilidad física relacionado a alteración cognitiva, evidenciado por disminución de la amplitud de movimiento.
9. Riesgo de lesión térmica relacionado a deterioro neuromuscular.
10. Riesgo a traumatismo relacionado a alteración de la función cognitiva.



**Plan de cuidados.**

Tabla 6

*Diagnóstico de enfermería: Limpieza ineficaz de vías aéreas relacionada a secreciones traqueo bronquiales, evidenciado por FR. 26 por minuto, presencia de secreciones en cavidad oral y en estoma traqueal.*

Objetivo / Resultados	Planificación	Ejecución		
		20/09/19 - 21/09/19		22/09/19
		M	T	N
Objetivo general: Paciente recuperara limpieza eficaz de vías aéreas durante el turno	1. Mantener al paciente en posición semifowler	M	T	N
	2. Evaluar las características de las secreciones en cada turno.	M	T	N
	3. Valorar el patrón respiratorio.	M	T	N
Resultados: 1. El paciente evidenciará secreciones fluidas y disminuidas. 2. El paciente evidenciará FR. entre 18 y 20x minuto.	4. Auscultar ruidos respiratorios en ambos campos pulmonares.	M	T	N
	5. Realizar nebulización con suero fisiológico 5cc salbutamol 12gts c/4 horas.	10-14	18	22-02
	6. Realizar aspiración de secreciones a libre demanda.	M	T	N
	7. Coordinar con terapia física y rehabilitación para que le realicen 2 veces /día.	M	T	N
	8. Brindar comodidad y confort.	M	T	N
		M	T	N

Tabla 7

*Diagnóstico de enfermería: Perfusión cerebral tisular ineficaz relacionado a lesión cerebral, evidenciada por mioclonías episodios de miradas perdidas, con saturación del 94 % y PO2 de 75 mmhg.*

Planificación		Ejecución		
Objetivo / Resultados	Intervenciones	20/09/19 - 21/09/19		22/09/19
		M	T	N
Objetivo general: El paciente evidenciara perfusión cerebral tisular eficaz durante el turno.	1. Mantener la cabecera del paciente en un ángulo de 30 a 45°.	M	T	N
	2. Evaluar signos vitales.	M	T	N
	3. Evaluar el estado neurológico del paciente a través de la escala de valoración de Glasgow y diámetro pupilar.	M	T	N
Resultados: 1. El paciente mantiene una saturación de 94%. 2. El paciente mantiene PO2 por encima de 75mmHg.	4. Brindar oxígeno a demanda.			
	5. Administrar antihipertensivos. Irbesartan c/12 horas y amlodipino 5mg c/24 horas x sny		18	06
	6. Administrar analgésicos gabapentina 300mg c/8 horas		18	
		14		22-06
	7. Brindar confort durante el turno.	M	T	N

Tabla 8

*Diagnóstico de enfermería: Riesgo de deterioro de la integridad cutánea relacionado a inmovilización física, evidenciado por reposo crónico en cama.*

Objetivo / Resultados	Planificación		Ejecución		
	Intervenciones	20/09/19	21/09/19 - 22/09/19		
		M	T	N	
Objetivo general:	1. Evitar la humedad de la piel.	M	T	N	
El paciente disminuirá el riesgo de deterioro de la integridad cutánea, durante el turno.	2. Valorar zonas de presión y estado de la piel.	M	T	N	
	3. Realizar cambios posturales c/2.	10-12	14-	22-24	
	4. Evitar pliegues en las sábanas.	M	18	06-08	
Resultados:	5. Realizar masajes con hidratantes.	10-12	T		
1. El paciente presentara piel libre de lesiones durante su hospitalización.	6. Secar minuciosamente la piel después del baño.	M	18	06	
2. El paciente presentara piel limpia e hidratada durante el turno.	7. Colocar aditivos de apoyo en las zonas de		18		
	protuberancias óseas.	M	T		

Tabla 9

*Diagnóstico de enfermería estreñimiento relacionado a inmovilización y a disminución de la motilidad gástrica, evidenciado por la disminución de la motilidad gástrica y deterioro cognitivo.*

Planificación		Ejecución		
Objetivo / Resultados	Intervenciones	20/09/19	21/09/19	22/09/19
		M	T	N
Objetivo general: El paciente presentará deposiciones blandas después de aplicar las medidas terapéuticas.	1. Observar la presencia de distensión abdominal y auscultar ruidos hidroaéreos.	M	T	N
	2. Verificar ingesta de volumen de líquidos de 750 ml c/24 horas por sny.	M	T	N
				N
Resultados:	3. Realizar cambios posturales cada 2 horas.		141618	2206
1. El paciente presentó deposiciones blandas al tercer día.	4. Hy fiber 30ml c/ 12 horas antes y después de administrar pasar 30ml de agua.		18	06
2. El paciente mejorara la ingesta de líquidos.	5. Realizar masajes abdominales c/horas.	1012	141618	24-06
	6. Verificar presencia de heces en cada ...		T	

Tabla 10

*Diagnóstico de enfermería: Dolor crónico relacionado a afección isquémica músculo esquelética crónica, evidenciado por contractura muscular facial.*

Planificación		Ejecución		
Objetivo / Resultados	Intervenciones	20/09/19	21/09/19	22/09/19
		M	T	N
Objetivo general:	1. Realizar valoración de las funciones vitales.	M	T	N
El paciente evidenciará disminución de dolor durante el turno.	2. Administrar gabapentina 300mg c/8 por sny			
	3. Brindar comodidad y confort	14		22.06
	4. Proporcionar un ambiente libre de ruidos.	M	T	N
	5. Evitar arrugas de las cubiertas de la cama.			
Resultados:		M	T	N
1. El paciente presento disminución de dolor manifestado por relajación muscular.	6. Evaluar presencia de dolor.	M	T	N
2. El paciente mostrará facies de alivio de dolor durante el turno.				
Acetilcisteína [C2]				

### **Capítulo III: Marco teórico**

#### **Limpieza ineficaz de vías aéreas.**

La limpieza ineficaz de vías aéreas se define como la incapacidad para mantener las vías permeables y también la incapacidad para eliminar las secreciones que causan obstrucción de las vías respiratoria (Herdman, 2012).

La hipoventilación alveolar se manifiesta por alteraciones mecánicas y frecuencia respiratoria o incapacidad de mantener la vía aérea permeable; esto va a producir una elevación variable en la PaCO<sub>2</sub> que puede llevar a hipoxemia y /o hipercapnia severa; ambas condiciones pueden ser complicaciones para el paciente con hemorragia intracraneal, por lo que es importante la observación atenta del estado de conciencia y de la ventilación del paciente. La ventilación juega un rol fundamental en el cuidado del paciente neuroquirúrgico, ya que la vasculatura cerebral es altamente sensible a los cambios de pH (Gutiérrez, 2010).

Romero, Tapia, & Vicente (2017) consideran que a los pacientes neurocríticos se les realiza alrededor de 33% la traqueotomía, ya que facilita el manejo de la vía aérea; la aspiración es un procedimiento estéril y se realiza sólo cuando es estrictamente necesario y no como maniobra de rutina; además, tiene como objetivo retirar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no pueda eliminar de forma espontánea; así se mantendrá la permeabilidad del tubo de traqueotomía, permitiendo un correcto intercambio de gases a nivel alveolo-capilar. Es importante observar las secreciones eliminadas; de acuerdo con ello, dar un tratamiento adecuado para evitar complicaciones.

Castro (2020) hace mención que en todo paciente con afección neurológica se le debe hacer una primera valoración del nivel de conciencia, los reflejos pupilares, las funciones motoras y las funciones sensitivas, en la práctica los síntomas se pueden ver con la secuencia

siguiente: una respiración de Cheyne Stockes, seguida de una dilatación pupilar unilateral está indicando la etapa inicial; si se deja progresar se pasará a continuación a obtener respuestas en decorticación; eminente más tarde, en descerebración, a un compromiso pupilar bilateral, cambio de patrón respiratorio, con pausas y riesgo de paro, cuando el compromiso llega a nivel.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado a la limpieza ineficaz de vías aéreas porque el paciente de estudio es neurocrítico, ya que, por el incremento de secreciones bronquiales presenta frecuencia respiratoria de 26x ; cabe mencionar que la aspiración de secreciones por traqueotomía, forma parte de una de las actividades más importante que se dan en los servicios ejecutadas por las enfermeras, quienes aplican sus prácticas y conocimientos, cumpliendo así los principios de bioseguridad y evitando por consiguiente infecciones intrahospitalarias (Cuyubamba, 2004)

En tal sentido, se realizaron las siguientes intervenciones de enfermería: mantenerlo en posición en un ángulo de 30 - 45 °; al mantener la cabeza elevada favorece a que se relajen los músculos abdominales, mejorando el desplazamiento diafragmático, incrementando la PaCo<sub>2</sub>; estas medidas mejoran la ventilación pulmonar, reducen y previenen la obstrucción de las vías respiratorias, asociada con acumulación de moco o secreciones (Aragón, 2010).

Otra de las intervenciones es valorar la permeabilidad de la vía aérea, los signos y síntomas que indican la necesidad de aspirar son los siguientes: el aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria en el paciente, hipotensión arterial, intranquilidad y ansiedad en el paciente, secreciones visibles y obvias cuando la auscultación capte la presencia de ruidos sibilancias y estertores respiratoria; además controlar la saturación permite identificar signos de hipoxia, causada por la retención de secreciones en las vías aéreas y que a la auscultación se

puede oír ruidos respiratorios bronquiales, crepitantes como respuesta a la acumulación de líquido y/o secreciones espesas (Apolinario, 2002).

El realizar la aspiración de secreciones es otra intervención de enfermería, considerando que la aspiración de secreciones, es un procedimiento necesario que puede ocasionar complicaciones: como lesión en la mucosa traqueal, puede haber dolor, desaliento, infección, conllevando a una alteración de los parámetros hemodinámicos y de los gases arteriales, produciendo bronco constricción, atelectasia, aumento de la presión intracraneal; además, alteraciones del flujo sanguíneo cerebral. Asimismo observar que complejidad de ese procedimiento debe ser de evaluación previa, a la necesidad de aspiración y ver si es indispensable, porque se trata de un procedimiento invasivo y complejo que debe ser realizado mediante indicación, para evitar causar complicaciones al paciente (Romero, Tapia, & Vicente, 2017).

Además, las secreciones bronquiales son un mecanismo de defensa de la mucosa bronquial que genera moco para atrapar partículas y expulsar por medio de la tos, este mecanismo de expulsar las secreciones se puede extraerlas manualmente o por medio de succión del tubo endotraqueal que ocluyen parcial o totalmente la vía aérea e impiden que se realice una correcta ventilación. Dicho procedimiento se debe manejar con técnica estéril. Además, se debe tener en consideración que la acumulación de secreciones en la vía aérea artificial o árbol traqueal, estas secreciones pueden causar estrechamiento en ambas vías; consecuentemente insuficiencia respiratoria y estasis de secreciones (Romero, Tapia, & Vicente, 2017).

Otra intervención de enfermería monitorear al paciente con el AGA; sabemos que el centro respiratorio está ubicado en el tallo encefálico; principalmente responsable de la actividad ventilatoria automática o no voluntaria y responde básicamente a estímulos de  $\text{PaCO}_2$  a través de



sensores ubicados en el bulbo raquídeo y en los cuerpos carotideos, este último también sensible a la PaO<sub>2</sub> (García, Oscar, & Oscar, 2011)

La intervención de enfermería de nebulización con suero fisiológico y salbutamol 12 gotas en horario indicado. Saldías & Díaz (2012) concluye que la fisioterapia respiratoria es un conjunto de técnicas físicas, encaminadas a eliminar secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación pulmonar.

### **Perfusión tisular cerebral**

Herdman (2012) menciona definición de perfusión tisular cerebral ineficaz, como la reducción del aporte de oxígeno, que provoca la incapacidad para nutrir los tejidos a nivel capilar.

Tejerina (2007) considera que la encefalopatía hipóxica es uno de los más desastrosos sucesos clínicos en las salas de urgencia o de cuidado crítico. Las condiciones médicas que la producen con mayor frecuencia consideran que el término anoxia e hipoxia se refieran a la ausencia total o parcial de oxígeno en los tejidos, mientras que anoxemia e hipoxemia se refieran a la misma deficiencia en la sangre circulante. La expresión isquemia se usa para referirse a la reducción o ausencia de flujo sanguíneo, es la más frecuente en la clínica cotidiana; se produce por la disminución crítica o la ausencia de flujo sanguíneo en el cerebro, aunque la saturación arterial de oxígeno y su presión parcial puedan ser suficientes. En esta condición, la extracción de O<sub>2</sub> es total en pocos segundos y la falta de renovación produce parálisis respiratoria tisular inmediata. De allí que la expresión anoxo-isquemia englobe la mayoría de las situaciones que en la clínica conducen a la parálisis de la maquinaria energética celular por privación de oxígeno. Esa falta de oxígeno genera una rápida alteración de la barrera hematoencefálica, con edema

cerebral subsecuente y colapso de la pequeña vasculatura que condiciona el fenómeno de no-reperusión.

Ortiz, Banderas, Unigarro, & Santillan (2018) sostienen que la presión de perfusión cerebral es el gradiente de presión que causa el flujo de sangre al cerebro, lo que se conoce como perfusión cerebral. El valor normal va de 60-70 y debe ser mantenido dentro de límites estrechos; porque muy poca presión puede causar que el tejido cerebral entre en estado de isquemia, como consecuencia de flujo inadecuado de sangre, y por mucho tiempo puede elevar la presión intracraneal.

El diagnóstico enfermero se ve reflejado con la alteración de la perfusión cerebral ineficaz porque el paciente de estudio, a causa de un paro cardio respiratorio, queda en estado vegetal, considerando a estos pacientes como neurocríticos: porque han sufrido un accidente cerebro vascular (AVC) en sus formas isquémica, hemorrágica o traumática; TCE (traumatismo craneoencefálico), HSA (hemorragia subaracnoidea), HC (hemorragia cerebral); pacientes pendientes de cirugía, pero que por su estado de salud necesitan cuidados críticos, pacientes con tumores intra o extracerebrales, o postoperados que requieran cuidados críticos de cualquier patología neurológica (Carmona, Gallego, & Llabata, 2005).

Las intervenciones de enfermería a realizar frente a este problema se basan en reducir el riesgo de hipoperfusión, así tenemos que vigilar presión de perfusión cerebral; diversos elementos participan en el estado de oxigenación del tejido cerebral. Entre los más relevantes se hallan la presión parcial de oxígeno (PO<sub>2</sub>), la concentración de hemoglobina (Hb) en sangre, la afinidad de la Hb por el oxígeno. Otros factores importantes para una adecuada perfusión sanguínea cerebral son el radio arterial y la viscosidad sanguínea (Estrada, 2012).

Se presenta taquicardia pronto debido a la estimulación del sistema nervioso simpático que produce liberación de catecolaminas, adrenalina y noradrenalina; en un intento por incrementar la oxigenación de los tejidos.

Una de las intervenciones de enfermería está el monitoreo de funciones vitales: PA, FC, FR., en donde los cambios en las constantes vitales reflejan un aumento de la PIC, así mismo se debe observar el color de la piel, temperatura y humedad ya que la sudoración, palidez, piel fría/humedad son cambios tardíos asociados con hipoxemia intensa o en evolución. Además, se debe mantener la bolsa de reanimación al lado de la cama y ventilar manualmente siempre que esté indicado porque proporciona o reestablece una ventilación correcta cuando el paciente o los problemas del respirador exigen separar temporalmente lo mismo (Gil, 2019)

La intervención de mantener la cabecera del paciente en 45° y mantener la cabeza, en posición neutra para disminuir la obstrucción del retorno venoso del cerebro, es una práctica recomendada en el paciente neurocrítico para disminuir la presión intracraneal (PIC) cuando existe hipertensión intracraneal; siempre y cuando la presión arterial media (PAM) no sea inferior a 60 mm Hg. Además, se ha constatado que el efecto benéfico de la elevación de la cabeza para disminuir la PIC puede estar asociado a una reducción de la presión de perfusión cerebral (PPC), y del flujo sanguíneo cerebral (FSC) que conllevaría a un aumento del riesgo de 40 isquemia cerebral, sobre todo si la elevación de la cabeza es superior a 30 grados (Tolenado, 2008),

Otra intervención es la realización y monitoreo del nivel de conciencia y evaluación pupilar. Soriano (2012) refiere que el paciente neurocrítico se caracteriza por una alta complejidad que requiere una importante especialización de cuidados. El control neurológico incluye la valoración clínica habitual a lo que se unen la información que proporcionan la

monitorización de la presión intracraneal, presión tisular de oxígeno, saturación yugular, sistemas de monitorización Biespectral.

Valorar el estado neurológico con frecuencia y comparar con la situación anterior: pupilas, observando su tamaño, forma uniformidad, reacción a la luz, Glasgow (Salazar, 2019).

### **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.**

Es la predisposición a una alteración en la epidermis y/o la dermis, o ambas que puede comprometer la salud (Herdman, 2012).

Palomino (2001) señala: la piel está formada por tres capas superpuestas, la epidermis, dermis y el tejido subcutáneo o hipodermis que protegen el organismo de las agresiones del medio externo. Los factores desencadenantes del deterioro de la integridad cutánea podrían agruparse en 4 grupos: a) Fisiopatológico. - En caso de lesiones cutáneas producidas por edema, sequedad de la piel, obesidad, trastorno por el transporte de oxígeno y deficiencias nutricionales por defecto o por exceso, trastornos inmunológicos, alteración del estado de conciencia, deficiencias motoras o sensoriales y alteración de la eliminación. b) Situacionales. - inmovilidad relacionada con dolor o con limitaciones físicas, arrugas de ropa de cama o camisón o roce de objetos de soporte para el mantenimiento del equilibrio del paciente.

Según Porto, García, Chavarro, & Alberto (2015) una úlcera por presión (UPP) es una lesión de origen isquémico localizada en la piel y/o tejidos subyacentes causados por la combinación de factores intrínsecos y extrínsecos como la presión, la fricción y el cizallamiento. Comúnmente, las UPP se forman donde los huesos están más cerca de la piel, como los tobillos, los talones o las caderas. El riesgo es mayor si se está inmovilizado en una cama, se utiliza una silla de ruedas o no se puede cambiar de posición. La población más afectada suelen ser ancianos

inmovilizados por una patología aguda o por un déficit neurológico. Las úlceras por presión pueden causar infecciones graves, algunas de las cuales pueden poner la vida en peligro.

La piel, siendo una capa límite exterior entre el ser humano y el medio ambiente, actúa como barrera y como enlace entre el mundo exterior y los órganos internos; si la superficie se mantiene intacta, presenta una gran capacidad de resistencia y preserva a los órganos internos de ciertas agresiones causadas por factores externos, además, la piel protege frente a invasiones de microorganismos y puede resistir las influencias dañinas de ciertos productos químicos y de rayos ultravioleta; además, gracias a su capacidad de secreción y evaporación de agua, realiza un importante aporte a un factor de vital necesidad como es el mantenimiento de la temperatura corporal; y mediante la presencia de terminaciones nerviosas independientes y de receptores especiales facilita la percepción y localización de estímulos mecánicos: como la presión, el roce, la vibración y el dolor (Acosta, 2011).

También, es importante mencionar que la valoración y vigilancia del estado de la piel permite detectar complicaciones agregadas.

El diagnóstico enfermero se ve relacionado en lo que manifiesta Álvarez & Lorenzo (2011) que las úlceras por presión constituyen unos de los más frecuentes problemas en los pacientes inmovilizados, siendo en muchas ocasiones causas de diversas enfermedades que incluso pueden conducir a la muerte. Las úlceras por presión se definen como una lesión isquémica con posterior necrosis de la piel, del tejido subcutáneo, músculos y huesos, sometido a presión intensa durante un periodo corto o a una presión menos intensa durante un periodo prolongado, comprometiendo la circulación sanguínea produciendo una isquemia prolongada que acarrea una anoxia y esta una necrosis con pérdida de sustancia.

Se producen como consecuencia de la presión (fuerza perpendicular a la piel que produce aplastamiento tisular y que puede ocluir el flujo capilar en los tejidos blandos provocando hipoxia, y en caso de persistir durante un prolongado periodo de tiempo, necrosis) y de la fricción (fuerza tangencial producida por roces o movimientos).

La intervención de enfermería se iniciará con la valoración del estado del paciente, porque el paciente postrado tiene el riesgo de presentar alteración de la piel, así la presencia de humedad en contacto directo y continuo con la piel provoca la maceración de esta, derivando en un proceso cutáneo irritativo e inflamatorio con el consiguiente engrosamiento, deterioro y posterior destrucción de la epidermis. Los principales agentes causantes suelen ser: orina, heces y jugo gástrico (la orina, con su alta concentración de urea, se transforma en amoníaco con el paso de las horas, los jugos gástricos, por efecto del ácido clorhídrico, y las heces por sus enzimas, alteran el pH cutáneo); también el sudor y determinadas fragancias en lociones o colonias que contienen alcohol (Palomar, Fornes, Arantón, & Rumbo, 2013)

Gil (2019) considera que una adecuada valoración global y exhaustiva del paciente, debería permitirnos identificar esos factores de riesgos concretos, y en caso de presencia de lesiones, identificar también los verdaderos condicionantes etiológicos de las mismas. La adecuada valoración e identificación permitirán establecer los cuidados específicos más adecuados para evitar o minimizar esos riesgos y lesiones; además, de permitir dirigir y optimizar el esfuerzo terapéutico (un paciente con lesiones por humedad puede no necesitar cambios posturales, así como uno sometido a roce, podría no necesitar una superficie especial para manejo de presión); solo analizando bien cada caso, podremos optimizar los cuidados. Aplicación de barreras de protección, como cremas o compresas absorbentes, para evitar o eliminar el exceso de humedad, si procede.

Con relación a los cambios posturales se debe realizar un plan individualizado; aunque, lo más frecuente es que se realicen cada 2 horas si procede (condicionado a la situación clínica del paciente) y cada 4 horas por las noches (para favorecer el descanso del paciente). Deben aplicarse con extremo cuidado para evitar lesiones en pacientes con la piel frágil (Palomar, Fornes, Arantón, & Rumbo, 2013).

En el cuidado de la piel incluye su higiene, limpieza, hidratación y protección. Los autores recomiendan el uso de jabón con pH neutro, que garantice la integridad de la piel; cremas hidratantes, y emolientes después del baño. A manera de protección e hidratación de la piel, sugieren los ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO), en los pacientes de edad avanzada y/o con piel reseca (González, Matiz, Hernández, & Guzmán, 2015).

Palomar, Fornes, Arantón, & Rumbo (2013) entre los aspectos a observar y registrar están la higiene, el color, calor, elasticidad, vascularización, temperatura e hidratación de la piel, así como si ésta está limpia y seca, o cualquier otra circunstancia o característica que pudiera ser relevante. Posteriormente, a dicha valoración y en consecuencia de lo observado, es imprescindible establecer un plan de cuidados, en el que se recojan las medidas y cuidados encaminados a complementar las necesidades detectadas en el paciente.

### **Estreñimiento.**

Según Herdman (2012) define al estreñimiento como la reducción de la frecuencia normal de evacuación intestinal, acompañada de eliminación dificultosa o incompleta de heces excesivamente duras.

La frecuencia normal de una población sana oscila entre 3 veces al día a tres veces a la semana. Puede considerarse estreñimiento cuando una persona pasa de una frecuencia mayor a

otra menor, es decir, si presenta menos deposiciones de las acostumbradas. La defecación debe ser indolora, no requerir esfuerzo y ser completa (Iade & Umpierre, 2012)

Moreira & López (2006) refiere que el estreñimiento se produce por permanecer largo tiempo en cama. Esto es común en pacientes hospitalizados con patologías crónicas y en ancianos. Los cambios en los hábitos cotidianos, como viajes, los desplazamientos que obligan a acudir a servicios con pocas garantías de higiene y modificaciones en los horarios y lugares de comida, alteran con mucha frecuencia el ritmo intestinal"

El diagnóstico enfermero se ve relacionado porque el paciente de estudio por su estado neurológico permanece en reposo. Las enfermedades neurológicas agudas nos llevan muchas veces al deterioro del nivel de conciencia o de los mecanismos de la deglución que implica un soporte nutricional. El cerebro del ser humano necesita de nutrimentos especiales y específicos para su formación, desarrollo y funcionamiento normal ; el paciente neurocrítico, como todo paciente grave, presenta una situación de estrés metabólico que se caracteriza por un intenso catabolismo proteico que aumentan las necesidades energéticas y proteicas (Valdés, 2018).

Además, Ibarra, y otros (2017) en sus publicaciones afirman que la inmovilidad, el reposo prolongado en cama y la disminución de la actividad física representan un factor predisponente al desarrollo o al agravamiento de ciertas condiciones patológicas relacionadas en mayor medida con los sistemas cardiovascular, respiratorio y musculo esquelético. Durante muchos años fue aceptado el reposo prolongado en cama en pacientes hospitalizados, y eso se debe a que el personal de salud busca a toda costa evitar los efectos adversos asociados a la atención en salud; sin embargo, la evidencia científica logró demostrar lo contrario.



Por otro lado, los autores Rodríguez y Schneider (2010), en el libro “Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados”, indican que el estreñimiento puede estar asociado a desórdenes neurológicos.

Las intervenciones por realizar frente a este problema estuvieron enfocadas a ayudar a que el paciente consiga evacuar, una de las intervenciones fue verificar la ingesta de volumen de líquidos indicado, se ha probado que la ingesta de líquidos tiene mucha utilidad, ya que es un complemento para que modifiquen la absorción de los alimentos en el colon (Escudero & González, 2006).

Otra de las intervenciones de enfermería fue administrar laxante; estos laxantes formadores de masa son compuestos que incrementan el volumen y la consistencia de las heces y estimulan el peristaltismo, no se absorben y actúan en el intestino delgado y en el grueso. Su efectividad se verifica entre las 24 y 72 h después de su administración. Se trata de sustancias que proceden de fuentes naturales como las semillas de *Plantago ovata*, salvado de trigo, las plantas gomosas y aguas de fuentes sintéticas como la metilcelulosa o carboximetilcelulosa. Son los laxantes de elección en el tratamiento y profilaxis del estreñimiento funcional o en el estreñimiento ocasionado por el miedo a la defecación dolorosa por diferentes causas o cuando se requiera la dirección sin esfuerzos. Se deben tomar antes de las comidas con abundante ingestión de líquido (Rafael, 2010).

Con relación a la intervención de observar la distensión abdominal, Moreira & López (2005) refiere que se debe realizar una inspección visual que identifique heridas o cicatrices debidas a procesos anteriores. Mediante la palpación abdominal se puede apreciar si existe distensión abdominal, heces en el colon y otras masas y/o visceromegalias, también meteorismo

exagerado con timpanismo a la percusión. En la auscultación del abdomen, debemos identificar la presencia o no de movimiento intestinal.

### **Dolor crónico**

Pedrajas & Molino (2008) define que el dolor es una experiencia sensorial-perceptual, multidimensional y compleja; experiencia subjetiva única para cada individuo; experiencia personalizada, incommensurable y no compartible, donde diferentes grupos culturales reaccionan de manera diferente al dolor desde la tolerancia relativa a la sobre - reacción.

Asimismo, Caballero y otros (2018) refieren que el dolor agudo es una lesión tisular real o potencial identificable, ocasionado por estímulos nocivos desencadenantes por heridas de la piel.

Del mismo modo la OMS (2005) define "Al dolor como una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial y lo reconoce como un problema de salud mundial."

En el caso de estudio el dolor que padece el paciente de estudio está relacionado a la isquemia cerebral que le produjo contractura muscular; en referencia a esto la OMS (2005) menciona que el alivio del dolor es un derecho humano y este derecho incluye un adecuado alivio del dolor.

Del mismo modo Ortega, y otros (2018) consideran al dolor como el quinto signo vital, es un síntoma de los pacientes con problemas crónicos degenerativos y quirúrgicos, y es reconocido como un tema crítico en la atención del paciente, por su gran repercusión en el área de la salud, ya que afecta a los pacientes, a sus familias y a la institución que los atiende; su abordaje debe constituir una acción fundamental de atención primaria en salud.

Las intervenciones por realizar, frente a este problema, están orientadas a disminuir paulatinamente el dolor y lograr el alivio de una de las intervenciones; es valorar la facie de dolor (Potter 2000). Refiere que las manifestaciones no verbales del paciente frente al dolor, como el ceño fruncido, facies de dolor, posición antálgica, etc. sirven para evaluar la efectividad de la medicación.

Otra intervención es la administración de gabapentina de 300mg x sonda nasoyeyunal en horario indicado. Los fármacos antiepilépticos como la gabapentina se usan comúnmente para el tratamiento del dolor neuropático, generalmente definido como dolor debido al daño nervioso. El mismo incluye neuralgia posherpética (dolor persistente en un sitio afectado anteriormente por herpes zóster) y complicaciones dolorosas de la diabetes, dolor por lesiones nerviosas, dolor de miembro fantasma, fibromialgia y neuralgia del trigémino. Este tipo de dolor puede ser grave y duradero, se asocia con falta de sueño, fatiga y depresión y una reducción de la calidad de vida (Hearn, Derry, & Moore, 2012).

Del mismo modo; en relación al grupo de medicamentos que suelen ser efectivos, tenemos los antidepresivos tricíclicos, antidepresivos duales, neuromoduladores, anticonvulsivantes, lidocaína en parche o sistémica y algunos opioides que deben usarse si el dolor es muy intenso. El manejo se basa en una terapia multimodal y debe tratarse con equipo multidisciplinario, especialmente para los casos de dolor de difícil manejo (Heerlein, 2002).

El control de funciones vitales son importante para valorar el estado actual del paciente y el nivel del dolor que está sintiendo, las funciones vitales comúnmente alteradas son la FC, FR y presión arterial lo menciona (González 2012).

El brindar comodidad al paciente favorecerá en la disminución del dolor porque se le ayuda adoptar posturas para su alivio por la circulación sanguínea que ocurre y por ende una buena oxigenación.

## **Capítulo IV: Evaluación y conclusiones**

Se atendieron 3 días al paciente, iniciando el 20/09/19 al 23/09/19.

Se atendió al paciente J.P.V en el servicio de Neurología.

El 1er día de atención fue en el turno mañana, el 2do. día turno diurno y el 3er, día en turno noche.

El primer día tuvo 10 diagnósticos, el 2do. Día 7 diagnósticos y el 3er. día fueron 5 diagnósticos identificados.

### **Evaluación por días de atención:**

#### **Primer diagnóstico.**

Limpieza ineficaz de vías aéreas.

Objetivo alcanzado. El paciente presentó limpieza eficaz de vías aéreas, al ser auscultado ambos campos pulmonares estaban libres de secreciones, manteniendo una F.R de 18- 20 x minuto.

#### **Segundo diagnóstico.**

Perfusión cerebral ineficaz relacionada a la disminución del aporte de oxígeno cerebral.

Objetivo parcialmente alcanzado. El paciente presenta saturación de oxígeno de 94% y PCO2 de 20mmhg.

#### **Tercer diagnóstico.**

Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.

Objetivo alcanzado. El paciente mantuvo integridad de su piel, libre de lesiones.

#### **Cuarto diagnóstico.**

Estreñimiento

PO2consistencia blanda.

**Quinto diagnóstico.**

Dolor crónico

Objetivo alcanzado. El paciente no presentó facie de dolor.

**Conclusión**

Se concluyó que el primer, tercer, cuarto y quinto objetivo fue alcanzado. El segundo objetivo no se pudo alcanzar parcialmente porque si bien mantenía una saturación de 94% el PO2 era de 75 mmhg.

.

## Bibliografía

- Acosta, S. (2011). *Manual de control de infecciones y epidemiología hospitalaria*. Washington, D.C: Organización Panamericana de la Salud. Obtenido de [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51545/ControlInfecHospitalarias\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51545/ControlInfecHospitalarias_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Alfredo Covarrubias-Gómez. Arturo Silva-Jiménez, Eduardo Nuche-Cabrera, Mauricio Téllez-Isaías. (Octubre - Noviembre de 2006). El manejo del dolor postoperatorio en obstetricia: ¿Es seguro?'. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 29(4), 231-239. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2006/cma064g.pdf>
- Álvarez, C., & Lorenzo, M. (2011). Cuidados de enfermería en una población geriátrica con riesgos de úlcera por presión. *Enfermería global*, 10(23), 172-182. doi:10.4321/S1695-61412011000300012
- Apolinario, R. (2002). *Conocimientos y prácticas que tienen las enfermedades sobre la aspiración de secreciones en pacientes intubados en la unidad de cuidados intermedios del hospital Nacional Hipólito Unanue 2002*. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/apolinario\\_m\\_r/t\\_completo.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/salud/apolinario_m_r/t_completo.pdf)
- Aragón, S. (2010). Tratamiento de las infecciones de las vías respiratorias altas. *Offarm*, 29(6), 92-97. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-pdf-X0212047X10875702>
- Cardona Duque , E. (2000). Manejo de líquidos en el paciente quirúrgico. *IATREIA*, 221-229.

- Carmona, J., Gallego, J., & Llabata, P. (2005). El paciente neurocrítico: Actuación integral de enfermería. *Enfermería global*, 6(1), 1-20. Obtenido de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/502/499>
- Castro, P. (2020). Paciente con alteración de conciencia en urgencias. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 31(1), 87-97. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1137-66272008000200008&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272008000200008&lng=es&tlng=es)
- Cuyubamba, N. (2004). *Conocimientos y actitudes del personal de salud, hacia la aplicación de las medidas de bioseguridad del hospital "Feliz Mayorca Soto" Tarma 2003*. Lima: Universidad Nacional maor de San Marcos. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/cuyubamba\\_dn/cuyubamba\\_dn.pdf](http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/Tesis/Salud/cuyubamba_dn/cuyubamba_dn.pdf)
- Escudero, E., & González, P. (2006). La fibra dietética. *Nutrición Hospitalaria*, 21(2), 61-72. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-16112006000500007&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112006000500007&lng=es&tlng=es).
- Estrada, M. (2012). Estudio de caso a una persona con alteración en la necesidad de oxigenación secundaria a hemorragia intraparenquimatosa basado en el modelo conceptual de Virginia Henderson. *Revista Enfermería Universitaria Eneo Unam*, 9(2), 23 - 39. Obtenido de <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v9n2/v9n2a6.pdf>
- Fernández, A., Vizcaíno, A., Rodríguez, I., Carretero, P., Garrigosa, L., & Cruz, M. (2010). Hemorragia durante la cesárea: Factores de Riesgo. *Clínica e investigación en Ginecología y obstetricia*, 89-132. doi:10.1016/j.gine.2009.06.002



- García, C., Flores, M. d., Gómez, V., Gordillo, A., & García, C. (2014). Proceso de Enfermería en pacientes de postcesárea: Un reto para el sector salud Mexiquense. *Revista Horizonte*, 29-36.
- García, L., Oscar, R., & Oscar, R. (2011). Regulación de la respiración: organización morfofuncional de su sistema de control. *Medisan*, 15(4), 558. Obtenido de <http://scielo.sld.cu/pdf/san/v15n4/san20411.pdf>
- Gil, M. (2019). *Prevalencia de lesiones relacionadas con la dependencia y grado de cumplimentación de los registros de enfermería en las unidades de críticos de un hospital universitario de tercer nivel*. España: Universidad de Cantabria. Obtenido de <https://repositorio.unican.es/xmlui/handle/10902/16707>
- Gil, N. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a recién nacido pre término con bajo peso al nacer y enfermedad de membrana hialina, sepsis probable, riesgo neurológico y apnea en una clínica privada de Lima, 2018*. Lima: Universidad Peruana Unión. Obtenido de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1868/Nira\\_Tesis\\_Pregrado\\_2da%20especialidad\\_2019.pdf](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1868/Nira_Tesis_Pregrado_2da%20especialidad_2019.pdf)
- González, R., Matiz, G., Hernández, J., & Guzmán, L. (2015). Plan de atención integral de enfermería para el cuidado de personas con úlceras por presión. *Rev. Fac. Med*, 63(1), 69-80. doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v63n1/v63n1a07.pdf>
- Gutiérrez, F. (2010). Insuficiencia respiratoria aguda. *Acta Med Per*, 27(4), 286-297. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v27n4/a13v27n4>
- Hearn, L., Derry, S., & Moore, R. (2012). Lacosamida para el dolor neuropático y la fibromialgia en adultos. *Cochrane*, 2. doi:10.1002/14651858.CD009318

- Heerlein, A. (2002). Tratamientos farmacológicos antidepresivos. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*, 40(1), 21-45. doi:10.4067/S0717-92272002000500003
- Herdman, H. (2012). *NANDA Internacional. Diagnosticos Enfermeros Definición y clasificaciones*. Barcelona: Elsevier.
- Iade, B., & Umpierre, V. (2012). Manejo del paciente con constipación. *Arch Med Interna*, 34(3), 67-78. Obtenido de <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v34n3/v34n3a02.pdf>
- Ibarra, J., Fernández, M., Aguas, E., Pozo, A., Antillanca, B., & Quidequeo, D. (2017). Efectos del reposo prolongado en adultos mayores hospitalizados. *Anales de la Facultad de Medicina*, 78(4), 439-444. doi:10.15381/anales.v78i4.14268
- Karlsson, H., & Pérez Sanz, C. (2009). Hemorragia postparto. *An. Sist. Sanit. Navar.*, 159-167.
- Moreira, V., & López, A. (2005). Síndrome del intestino irritable. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 97(1). Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082005000100008](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082005000100008)
- Moreira, V., & López, A. (2006). Estreñimiento. *Revista Española de Enfermedades Digestivas*, 98(4). Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-01082006000400010](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-01082006000400010)
- Natalia Carvalho Borges, B. C. (Octubre de 2017). Dolor postoperatorio en mujeres sometidas a cesárea. *Enfermería Global*(48), 354-363. doi:<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267721>
- Ortega, R., Aguirre, E., Perez, M., Aguilera, P., Sanchez, M., & Arteaga, J. (2018). Intervención educativa para el manejo del dolor en personal de enfermería. *Medicina y ciencias de la salud*, 12(2). Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/4419/441955208003/html/index.html>

- Ortiz, E., Banderas, A., Unigarro, L., & Santillan, P. (2018). Oxigenación y Flujo Sanguíneo Cerebral, Revisión Comprensiva de la Literatura. *Revista ecuatorial de neurología*, 27(1), 80-89. Obtenido de <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2018/09/Oxigenacio%CC%81n-y-Flujo-Sangui%CC%81neo-Cerebral.pdf>
- Ovalle, Martha Patricia Lázaro; Pedro José Herrera Gómez. (2018). Caracterización del dolor agudo postoperatorio en pacientes llevadas a cesárea más ligadura tubárica, cesárea o ligadura tubárica bajo anestesia regional. *CARACTERIZACIÓN DEL DOLOR AGUDO POSTOPERATORIO EN PACIENTES*. Bogotá, Colombia. Obtenido de [bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf](http://bdigital.unal.edu.co/62085/1/1091533505.2018.pdf)
- Palomar, F., Fornes, B., Arantón, L., & Rumbo, J. (2013). Diferenciación de las úlceras en pacientes encamados y con enfermedades crónicas. Influencia de la humedad, fricción, cizalla y presión. *Enfermería Dermatológica*, 18(7), 14-25. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4529907>
- Palomino, M. (2001). Fisiología de la piel. *Revista Peruana de dermatología*, 1-4. Obtenido de [http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v11\\_n2/fisio\\_piel.htm](http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/dermatologia/v11_n2/fisio_piel.htm)
- Pedrajas, J., & Molino, Á. (2008). Bases neuromédicas del dolor. *Clínica y Salud*, 19(3), 277-293. Obtenido de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742008000300002](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000300002)
- Porto, S., García, R., Chavarro, D., & Alberto, R. (2015). Úlceras por presión en pacientes hospitalizados. *Universidad médica*, 56(3), 341-355. Obtenido de <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/download/16382/13183/>

- Rafael, M. (2010). Cambios en el ritmo intestinal. Etiología, clínica, diagnóstico y tratamiento. *Offarm*, 29(4), 42-47. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-cambios-el-ritmo-intestinal-etilogia-X0212047X10540698>
- Romero, E., Tapia, E., & Vicente, M. (2017). *Conocimiento de prácticas de las enfermeras sobre la aspiración de secreciones en pacientes adultos intubados en la Uci de un hospital nacional de Lima Junio 2017*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Obtenido de [http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1488/Conocimientos\\_RomeroRivas\\_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/1488/Conocimientos_RomeroRivas_Evelin.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Rorarius, M. (1993). Diclofenac and ketoprofen for pain treatment after elective caesarean section. *British Journal of Anaesthesia*, 293-297.
- Rosales Barrera, S. (2004). *Fundamento de Enfermería 3ª Edición*. México, México : El Manual Moderno.
- Salazar, J. (2019). *Proceso de atención de enfermería aplicado a paciente con desorden cerebro vascular por descartar en el Servicio de Emergencia de un hospital de Lima, 2018*. 2019: Universidad Peruana Unión. Obtenido de [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1847/Jorge\\_Trabajo\\_Academico\\_2019.pdf](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/1847/Jorge_Trabajo_Academico_2019.pdf)
- Saldías, F., & Díaz, O. (2012). Eficacia y seguridad de la fisioterapia respiratoria en pacientes adultos con neumonía adquirida en la comunidad. *Revista chilena de enfermedades respiratorias*, 28(3), 189-198. doi:10.4067/S0717-73482012000300004

Soriano, T. (2012). *Atención de enfermería al paciente neurocrítico*. Cantabria: Universidad de Cantabria. Obtenido de

<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/902/SorianoNavarroT.pdf>

Tejerina, H. (2007). Asfixia neonatal. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría*, 46(2), 145-150. Obtenido de [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752007000200012&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752007000200012&lng=es&tlng=es).

Tolenado, R. (2008). Actuación de enfermería en la hipertensión craneal. *Enfermería Global*, 14(1), 1-15. Obtenido de <http://revistas.um.es/eglobal/article/viewFile/36041/34551>

Valdés, O. (2018). Aspectos nutricionales en el paciente neurocrítico. *Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencia*, 17(1). Obtenido de [http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/rt/prINTERfriendly/445/html\\_151](http://www.revmie.sld.cu/index.php/mie/rt/prINTERfriendly/445/html_151)

## **Apéndice**

## Apéndice A: Guía de valoración

### CLÍNICA DELGADO SERVICIO DE OBSTETRICIA Y MATERNIDAD

#### VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO DE LA PACIENTE GESTANTE/ PUERPERA

DATOS GENERALES			
Nombre del usuario: _____	Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	
Fecha de ingreso al servicio: _____	Hora: _____	Persona de referencia: _____	Telf. _____
Procedencia: _____	Consultorio ( )	Emergencia ( )	Otro: _____
Forma de llegada: _____	Ambulatorio ( )	Silla de ruedas ( )	Camilla ( )
Fuente de Información: _____	Paciente ( )	Familiar/amigo ( )	Médico tratante: _____
Motivo de ingreso: _____	Dx. Médico: _____		
Grupo Sanguíneo: _____	Tipo de Seguro: _____	Profesional que reporta a paciente: _____	

#### VALORACIÓN SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRÓN PERCEPCIÓN - CONTROL DE LA SALUD	PATRÓN DE SEXUALIDAD/REPRODUCCIÓN
<b>Antecedentes familiares de importancia:</b> <b>Antecedente Personal de enfermedad y quirúrgicas:</b> HTA ( ) DM ( ) Abortos ( ) Gastritis/úlceras ( ) TBC ( ) Asma ( ) VIH ( ) VDRL ( ) Otros _____ <b>Intervenciones quirúrgicas:</b> No ( ) Si ( ) (fechas) _____ <b>Alergias y otras reacciones:</b> _____ <b>Fármacos:</b> _____ <b>Alimentos:</b> _____ <b>Signos-síntomas:</b> _____ <b>Otros:</b> _____ <b>Factores de riesgo:</b> Consumo de tabaco No ( ) Si ( ) Consumo de alcohol No ( ) Si ( ) Consumo de drogas No ( ) Si ( ) <b>Medicamentos (con o sin indicación médica)</b> ¿Qué toma actualmente? Dosis/Frec. Última dosis _____ <b>Estado de higiene</b> Buena ( ) Regular ( ) Mala ( ) <b>Requiere ayuda?</b> Si ( ) No ( ) ¿Qué sabe usted sobre su enfermedad actual? _____ <b>¿Qué necesita usted saber sobre su enfermedad?</b> _____	<b>Formula Obstétrica:</b> G _____ P _____ <b>EG:</b> N° CPN: _____ FUR: _____ FPP: _____ <b>Mamas:</b> <u>turgentes</u> ( ) ( ) <u>blandas</u> <b>Pezones:</b> Formados ( ) planos ( ) invertidos ( ) <b>Útero:</b> _____ Altura Uterina: _____ <b>Dinámica uterina:</b> Frecuencia: _____ Tono: _____ <b>Intensidad:</b> _____ <b>Movimientos Fetales:</b> Si ( ) No ( ) LCF: _____ <b>Perdidas Vaginales:</b> Líquido amniótico ( ) <b>Sangrado Vaginal:</b> Si ( ) No ( ) Volumen: _____ <b>Secreciones Vaginales:</b> Si ( ) No ( ) <b>Características:</b> _____ <b>Comentarios adicionales:</b> _____
<b>PATRÓN DE RELACIONES - ROL</b> <b>Ocupación:</b> _____ <b>Estado civil:</b> Soltera ( ) Casada ( ) Conviviente ( ) Divorciada ( ) <b>¿Con quién vive?</b> Solo ( ) Con su familia ( ) Otros _____ <b>Fuentes de apoyo:</b> Familia ( ) Amigos ( ) Otros _____ <b>Abdomen grávido:</b> Normal ( ) Distendido ( ) Doloroso ( ) <b>Ruidos hidroaéreos:</b> Aumentados ( ) Normales ( ) Disminuidos ( ) ausentes ( ) <b>Comentarios adicionales:</b> _____	<b>PATRÓN NUTRICIONAL - METABÓLICO</b> <b>T:</b> _____ °C <b>Peso:</b> _____ <b>Talla:</b> _____ <b>Glucosa:</b> _____ <b>Hb:</b> _____ <b>Piel:</b> Coloración: Normal ( ) Pálida ( ) Rubicunda ( ) Cianótica ( ) Ictérica ( ) Hidratación: Seca ( ) Turgente ( ) Integridad: Intacta ( ) Lesiones ( ) Especificar si hay lesiones: _____ <b>Cavidad bucal:</b> Dentadura: Completa ( ) Ausente ( ) Incompleta ( ) Prótesis ( ) Estado de higiene bucal: Mala ( ) Regular ( ) Buena ( ) Hidratación: Si ( ) No ( ) Cambio de peso durante los últimos días: Si ( ) No ( ) Obesidad ( ) Bajo peso: ( ) Otros _____ Tipo de dieta: _____ Apetito: Normal ( ) Disminuido ( ) Aumentado ( ) Dificultad para deglutir: Si ( ) No ( ) Náuseas ( ) Pirois ( ) Vómitos ( ) Cantidad: _____
	<b>PATRÓN AUTOPERCEPCIÓN-AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACIÓN Y AL ESTRÉS</b> <b>Estado de conciencia:</b> Consciente ( ) Inconsciente ( ) Somnoliento ( ) <b>Estado emocional:</b> Tranquila ( ) ansiosa ( ) Negativa ( ) Temerosa ( ) Irritable ( ) Indiferente ( ) Depresiva ( ) <b>Preocupaciones principales/comentarios:</b> _____

Tos ineficaz: No ( ) Si ( )  
 Reflejo de la tos: Presente ( ) Ausente ( ) Disminuido ( )  
 Secreciones: No ( ) Si ( )  
 Características: \_\_\_\_\_  
 O2: No ( ) Si ( )  
 Modo: \_\_\_\_\_ l/min

#### ACTIVIDAD CIRCULATORIA

Pulso periférico: \_\_\_\_\_  
 Edema: No Si Localización: \_\_\_\_\_  
 +( ) ++( ) +++( )  
 Presencia de líneas invasivas: \_\_\_\_\_  
 Cateter periférico: \_\_\_\_\_

#### EJERCICIO: CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO

1= Independiente 3= Totalmente dependiente  
 2= Parcialmente dependiente

	1	2	3
Movilización en cama			
Deambula			
Ir al baño/bañarse			
Tomar alimentos			
Vestirse			

Mano dominante: \_\_\_\_\_  
 Movilidad de miembros: Conservada( ) Flacidez( )  
 Contracturas( ) Parálisis( )  
 Fuerza muscular: Conservada( ) Disminuida( )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### PATRÓN PERCEPTIVO – COGNITIVO

Orientado: Tiempo ( ) Espacio( ) Persona ( )  
 Presencia de anomalías en:  
 Audición: \_\_\_\_\_  
 Visión: \_\_\_\_\_  
 Habla/lenguaje: \_\_\_\_\_  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Dolor: No ( ) Si ( )  
 Localización: \_\_\_\_\_  
 Cefalea ( ) Dinámica Uterina( )  
 Escala del Dolor: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10  
 Otros: \_\_\_\_\_

#### PATRÓN DE ELIMINACIÓN

##### Hábitos intestinales

Nº de deposiciones/día: \_\_\_\_\_  
 Normal ( ) Estreñimiento( ) Diarrea( ) Incontinencia( )

##### Hábitos vesicales

Frecuencia: \_\_\_\_\_ / día  
 Polaquiuria ( ) Disuria( ) Nicturia( )

##### Proteinuria:

Albumina en orina: \_\_\_\_\_

Otros: \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### PATRÓN DE DESCANSO – SUEÑO

Horas de sueño: \_\_\_\_\_  
 Problemas para dormir: Si ( ) No( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_  
 ¿Usa algún medicamento para dormir? Si ( ) No( )  
 Especificar: \_\_\_\_\_

Religión: \_\_\_\_\_  
 Restricciones religiosas: \_\_\_\_\_  
 Solicita visita de capellán: Si ( ) No( )  
 Comentarios adicionales: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

#### Nombre del enfermero:

Firma: \_\_\_\_\_  
 CEP: \_\_\_\_\_  
 Fecha: \_\_\_\_\_

#### TRATAMIENTO MÉDICO ACTUAL:

#### EXAMENES AUXILIARES:



## Apéndice B: Consentimiento informado

Universidad Peruana Unión  
Escuela de Posgrado  
UPG de Ciencias de la Salud.

### Consentimiento Informado

#### Propósito y procedimientos

Se me ha comunicado que el título del trabajo académico es “Proceso de Atención de Enfermería aplicado a paciente adulto, con encefalopatía hipóxica isquémica cerebral, del servicio de neurología de un Hospital nivel III del Callao, 2019”.

El objetivo de este estudio es aplicar el proceso de atención de Enfermería a paciente de iniciales L. P. CH. M.

Este trabajo de investigación está siendo realizado por la Lic. Nancy Castillo Marcelo, bajo la asesoría de la Dra. Orfelina Arpasi Quispe. La información otorgada a través de la guía de valoración, entrevista y examen físico será de carácter confidencial y se utilizarán sólo para fines del estudio.

#### Riesgos del estudio

Se me ha dicho que no hay ningún riesgo físico, químico, biológico y psicológico; asociado con este trabajo académico; pero, como se obtendrá alguna información personal, está la posibilidad de que mi identidad pueda ser descubierta por la información otorgada; sin embargo, se tomarán precauciones como la identificación por números para minimizar dicha posibilidad.

#### Beneficios del estudio

No hay compensación monetaria por la participación en este estudio.

La participación es voluntaria.

Se me ha comunicado que mi participación en el estudio es completamente voluntaria y, que tengo el derecho de retirar mi consentimiento en cualquier punto, antes que el informe esté finalizado, sin ningún tipo de penalización. Lo mismo se aplica por mi negativa inicial a la participación en este proyecto.

Habiendo leído detenidamente el consentimiento y he escuchado las explicaciones orales del investigador firmo voluntariamente el presente documento.

Nombre y apellido:

---

DNI: \_\_\_\_\_ Fecha:

---

\_\_\_\_\_  
Firma

## Apéndice C: Escalas de evaluación

### ESCALA VISUAL ANALÓGICA (EVA) PARA LA MEDICIÓN DEL DOLOR

Marca con una cruz en la escala la intensidad de tu dolor

